

**МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
НАЦІОНАЛЬНА АКАДЕМІЯ ПЕДАГОГІЧНИХ НАУК УКРАЇНИ
НАУКОВО-МЕТОДИЧНИЙ ЦЕНТР ВФПО
ВІДОКРЕМЛЕНИЙ СТРУКТУРНИЙ ПІДРОЗДІЛ ФАХОВИЙ КОЛЕДЖ
ЖИТОМИРСЬКОГО МЕДИЧНОГО ІНСТИТУТУ
ЖИТОМИРСЬКОЇ ОБЛАСНОЇ РАДИ**

АКУШЕРСЬКА СПРАВА ТА ГІНЕКОЛОГІЯ

Репетиторіум

**«Невідкладна допомога при маткових кровотечах в акушерстві»
для здобувачів освіти
спеціальності 223 «Медсестринство»
освітньо-професійних програм
«Акушерська справа», «Лікувальна справа»**

КОНКУРС «Педагогічний ОСКАР–2023»

**НОМІНАЦІЯ. «Інноваційні підходи у
організації практичної підготовки здобувачів
освіти закладів фахової передвищої освіти»**

ГАЛУЗЬ ЗНАНЬ 22 «Охорона здоров'я»

СПЕЦІАЛЬНІСТЬ 223 «Медсестринство»

Автори:

Козирацька Людмила Миколаївна, викладач акушерсько-гінекологічних дисциплін, викладач вищої кваліфікаційної категорії, викладач – методист

Лаговська Галина Іванівна, викладач акушерсько-гінекологічних дисциплін, викладач вищої кваліфікаційної категорії, викладач – методист

Рецензент: Ільченко Валентина Іванівна – зав. відділення патології вагітних ОКУ Житомирського обласного перинатального центру Житомирської обласної ради

Якісна підготовка медичних кадрів - актуальне завдання для системи вищої освіти. В сучасних умовах пріоритетним напрямком підготовки здобувачів освіти є досконале оволодіння практичними навичками та вміннями з надання невідкладної допомоги при термінальних станах. В акушерстві знати - означає вміти. З цією метою для кращого засвоєння вивченого матеріалу підготовлений репетиторіум «Невідкладна допомога при маткових кровотечах в акушерстві». Цікава робота формує конкретні знання, без яких не можливе професійне вдосконалення. У посібнику висвітлений матеріал з акушерства, який вивчається здобувачами освіти спеціальності 223 «Медсестринство» ОПП «Акушерства справа», «Лікувальна справа». Пропонуються алгоритми надання невідкладної допомоги при маткових кровотечах в акушерстві, тестові завдання, клінічні ситуації, з якими може зіткнутися молодий фахівець у своїй практичній діяльності. Репетиторіум допоможе повторити, закріпити матеріал, який необхідний для повноцінної професійної діяльності медичних працівників.

Рекомендовано цикловою комісією акушерсько-гінекологічних та педіатричних дисциплін.

Протокол №1 від 26 серпня 2022 р.

ЗМІСТ

1.	ВСТУП.....	4
2.	ОСНОВНА ЧАСТИНА.....	6
2.1.	Невідкладна допомога у разі маткової кровотечі при аборті у розпалі.	6
2.2.	Невідкладна допомога при порушеній позаматковій вагітності.	8
2.3.	Невідкладна допомога у разі маткової кровотечі при шийковій вагітності.	11
2.4.	Невідкладна допомога у разі маткової кровотечі при міхуровому занеску.	14
2.5.	Невідкладна допомога у разі маткової кровотечі при передлежанні плаценти.	16
2.6.	Невідкладна допомога у разі маткової кровотечі при передчасному відшаруванні нормально розташованої плаценти.	19
2.7.	Невідкладна допомога при загрозі розриву матки.	21
2.8.	Невідкладна допомога при кровотечі в третьому періоді пологів.	24
2.9.	Невідкладна допомога при кровотечі в ранньому післяпологовому періоді.	28
3.0	Повідомлення « Пуповинна кров – золотий стандарт, цінний дарунок природи».	
3.1	Тестові завдання до теми «Акушерські кровотечі під час вагітності, пологів».	

3.2	Клінічні ситуації до теми «Акушерські кровотечі в першу та другу половину вагітності».	
3.3	Клінічні ситуації до теми «Акушерські кровотечі під час пологів та у післяпологовому періоді».	
4.	ДОДАТКИ.....	43
5.	ВИСНОВКИ.....	45
6.	СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ.....	46

ВСТУП

У медичних працівників під час кровотечі завжди є «золота година» або хоча б «платинові декілька хвилин» для того, щоб застосувати адекватні заходи заради порятунку життя пацієнтів.

США, професор медицини Адамс Коугли.

Охорона здоров'я жінки, зниження материнської та перинатальної смертності, є однією з ключових позицій сучасного акушерства. Провідна роль у досягненні зазначеної мети належить якості організації та наданні невідкладної допомоги при акушерських кровотечениях у різні періоди гестації, в пологах та у післяпологовому періоді. Маткові кровотечі є однією з основних проблем в акушерстві. Серед причин материнської смертності вагітних, роділь, породіль кровотечі посідають перше місце. Їх частота в Україні становить 8,0 до 11,0% і немає тенденції до зниження. Тому виникла необхідність створення репетиторіума «Невідкладна допомога при маткових кровотечениях в акушерстві», який допоможе студентам повторити та краще засвоїти теоретичний матеріал. Пропонуються клінічні ситуації, які стимулюють активність, самостійність, пізнавальний інтерес, підвищують рівень професійної майстерності майбутніх медичних працівників, забезпечуючи їм найбільш ефективний і безпечний перехід до медичної діяльності в реальних умовах. Репетиторіум рекомендований для здобувачів вищої освіти спеціальності 223 «Медсестринство», освітньо-професійних програм «Акушерська справа», «Лікувальна справа».

Кровотечі в першу половину вагітності

Невідкладна допомога у разі маткової кровотечі при аборті у розпалі

Абортом або викиднем, називається переривання вагітності до 22 тижнів. За характером виникнення аборт діляться на мимовільні та штучні. Мимовільним вважається аборт, який виникає без будь – якого стороннього втручання. Викидень, який повторюється більш ніж два рази, називають звичайним.

Основні причини мимовільного аборту: хламідіоз, трихомоніаз, герпес, токсоплазмоз, пухлини матки, хромосомні, генні аномалії, інтоксикації, іонізуюча радіація. нейроендокринні розлади, інфантилізм, цукровий діабет тощо.

Клінічна картина: скарги у пацієнтки на переймоподібні болі внизу живота та сильну маткову кровотечу із статевих органів.

Діагностика: ретельно зібраний анамнез, об'єктивне обстеження(блідість шкіри та видимих слизових, загальна слабкість, анемія, артеріальний тиск падає, тахікардія). Піхвове обстеження: матка збільшена, через зів пальпується нижній полюс плодового яйця, маткова кровотеча тощо.

▪ *Акушерська тактика*

- 1.Оцінити стан пацієнтки (скарги, колір шкірних покривів, виміряти А/Т, підрахувати частоту пульсу, крововтрату).
- 2.Поставити діагноз.
3. Викликати машину «екстреної медичної допомоги», повідомити діагноз, групу крові та резус- фактор.
- 4.Негайно підключити чергову крапельницю з 0,9%-500мл ізотонічним розчином хлориду натрію.
5. Ввести кровоспинні препарати: транексамову кислоту 1г, дицинон 12,5% - 2мл або амінокапронову кислоту 5% - 100 мл .
6. Контроль пелюшки
7. Пацієнтку терміново машиною екстреної медичної допомоги з

підключеною крапельницею, на ношах госпіталізувати у гінекологічне відділення.



Рис.1 Маткова кровотеча при аборті у розпалі

Невідкладна допомога при порушеній позаматковій вагітності

Позаматкова вагітність виникає тоді, коли запліднена яйцеклітина (зигота) прикріплюється не в матці, а на шляху свого просування по матковій трубці (ампулярній, істмічній або в інтерстиціальній частинах), яєчнику, черевній порожнині тощо. Найчастіше спостерігається трубна вагітність. На 5-6 тижні вагітність переривається внаслідок розриву маткової труби або трубним абортom .

Причини виникнення позаматкової вагітності: запалення маткових труб, довгі інфантильні маткові труби, допоміжні репродуктивні технології та інше.

Клініка порушеної позаматкової вагітності

Наприкінці другого місяця вагітності плідне яйце розтягує маткову трубу, відбувається розрив труби із виходом плодового яйця в черевну порожнину, виникає клініка внутрішньочеревної кровотечі:

- різкий біль унизу живота, що може віддавати в ключицю, плече, лопатку (френікус –симптом);
- пульс ниткоподібний, артеріальний тиск знижується;

- у хворої губи ціанотичні, шкіра бліда, зіниці розширені, запаморочення, миготіння «мушок» перед очима;
- живіт дещо вздутий, болючий при пальпації;
- симптом Щьоткіна – Блюмберга-позитивний;
- при піхвовому дослідженні можна виявити випинання заднього склепіння, кров накопичується в матково-прямокишечному просторі; дослідження супроводжується болем;
- незначні темні виділення із піхви;
- симптом «крик Дугласа». При зміщенні шийки матки, а також при натисканні на заднє склепіння при піхвовому дослідженні, виникає нестерпний біль;
- поруч з маткою пальпується тістоподібне утворення без чітких меж – розтягнута плідним яйцем маткова труба;
- пункція заднього склепіння піхви - отримують темну кров, яка не зсідається.
- анемія, може виникнути геморагічний шок.

- *Акушерська тактика*

1. Оцінити стан хворої, (скарги, колір шкірних покривів, виміряти А/Т, підрахувати частоту пульсу, крововтрату).
2. Поставити передбачувальний діагноз
3. Викликати бригаду екстреної медичної допомоги, повідомити діагноз, групу крові та резус- фактор.
4. негайно підключити чергову крапельницю з кровозамінником 0,9% -500,0мл ізотонічним розчином хлориду натрію.
5. Ввести кровоспинні препарати: транексамову кислоту 1грам, дицинон 12,5% - 2мл або амінокапронову кислоту 5% - 100 мл .
6. Контроль пелюшки
7. Хвору терміново машиною «екстреної медичної допомоги» з підключеною

крапельницею на ношах госпіталізувати у гінекологічне відділення.

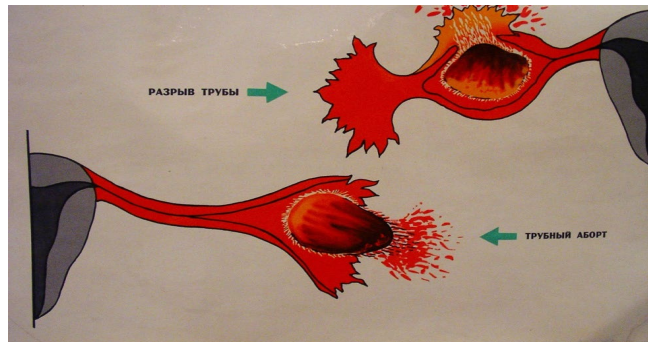


Рис.2 Позаматкова вагітність

Невідкладна допомога у разі маткової кровотечі при шийковій вагітності

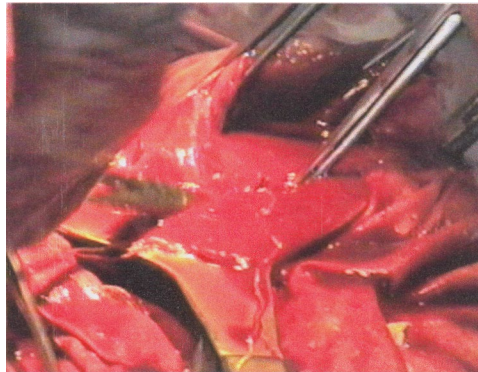


Рис.3

Шийкова вагітність - є різновидом передлежання плаценти. Плідне яйце розвивається у ділянці шийки матки. Ця патологія спостерігається рідко, але може зумовити смертельну кровотечу.

Клініка. Головна ознака шийкової вагітності - маткова кровотеча, яка виникає внаслідок порушення цілості судин шийки матки.

Діагностика:

- виражені сумнівні, ймовірні ознаки вагітності;
- кровотеча із статевих шляхів;

- при огляді у гінекологічних дзеркалах діагностують, що шийка матки бочкоподібно роздута, зовнішній зів розташований ексцентрично , тобто повернутий в сторону;
- при бімануальному обстеженні відзначають, що за величиною шийка матки більша від тіла матки;
- дані УЗД.

Лікування оперативне.

▪ *Акушерська тактика*

- 1.Оцінити стан пацієнтки (скарги, колір шкірних покривів, виміряти А/Т, підрахувати частоту пульсу, крововтрату).
- 2.Поставити діагноз
3. Викликати машину екстреної медичної допомоги, повідомити діагноз, групу крові та резус-фактор.
- 4.Негайно підключити чергову крапельницю з 0,9%-500мл ізотонічним розчином хлориду натрію.
5. Ввести кровоспинні препарати.
6. Контроль пелюшки
7. Пацієнтку терміново машиною екстреної медичної допомоги з підключеною крапельницею на ношах госпіталізувати у гінекологічне відділення.

Невідкладна допомога у разі маткової кровотечі при міхурцевому занеску

Міхурцевий занесок відноситься до трофобластичних захворювань.

Зустрічається у 0,5 – 0,6% випадків вагітності. Ворсинки хоріона перетворюються у гроноподібні утворення (гроно винограду), які заповнені прозорою рідиною. Розрізняють дві клінічні форми міхурцевого занеску: повний (класичний) і неповний (частковий).

Клінічна картина

У пацієнтки після затримки місячних починаються неодноразові кров'яністі виділення, іноді з пухирцями занеска. Виражені сумнівні, ймовірні ознаки вагітності. Може розвиватись ранній гестоз, виникнути небезпечна для життя пацієнтки маткова кровотеча.

Діагностика:

- при спеціальному гінекологічному обстеженні діагностується збільшена щільно-еластичної консистенції матка, в яєчниках пальпуються лютеїнові кісти;
- при ультразвуковому дослідженні в матці діагностується виражена картина «снігової бурі» ;
- в сечі різке підвищення хоріонічного гонадотропіну.

▪ Акушерська тактика

- 1.Оцінити стан пацієнтки (скарги, колір шкірних покривів, виміряти А/Т, підрахувати частоту пульсу, крововтрату).
- 2.Поставити передбачувальний діагноз
3. Викликати машину екстреної медичної допомоги, повідомити діагноз, групу крові та резус- фактор
- 4.Негайно підключити чергову крапельницю з кровозамінником 0,9%-500мл ізотонічним розчином хлориду натрію.
5. Ввести кровоспинні препарати:транексамову кислоту 1г. дицинон 12,5% - 2мл або амінокапронову кислоту 5% - 100 мл .
6. Контроль пелюшки
7. Хвору терміново машиною «екстреної медичної допомоги» з підключеною крапельницею госпіталізувати у гінекологічне відділення.



Рис.4 Міхурцевий занесок

Невідкладна допомога у разі маткової кровотечі при передлежанні плаценти

Передлежання плаценти - патологічне розташування її в ділянці нижнього маткового сегменту, нижче від передлеглої частини плода з повним чи частковим перекриттям вічка шийки матки. Розрізняють повне (центральне), часткове (неповне) та низьке розміщення плаценти. Передлежання плаценти зустрічається у 0,2 - 0,8% від загальної кількості пологів.

Класифікація аномального розташування плаценти:

- 1. Повне передлежання плаценти* - плацента розташована в нижньому сегменті і повністю перекриває внутрішнє вічко шийки матки.
- 2. Неповне передлежання плаценти* - плацента розташована в нижньому сегменті і частково перекриває внутрішнє вічко шийки матки.
 - А) Бокове передлежання плаценти* - плацента займає 2/3 частини внутрішнього вічка шийки матки.
 - Б) Крайове передлежання плаценти* - плацентарна тканина займає 1/3 частину внутрішнього вічка шийки матки.
 - В) Низьке прикріплення плаценти* - розташування плаценти у нижньому сегменті матки нижче 7 см від внутрішнього вічка.

У зв'язку з міграцією плаценти або її розростанням від передлежання може змінюватися із збільшенням терміну вагітності.

Клінічна картина передлежання плаценти

Безболісні маткові кровотечі із статевих шляхів, які виникають серед повного спокою, після сну або фізичного навантаження. Кровотеча може періодично повторюватись. При повному передлежанні плаценти кровотеча виникає після 28 тижнів вагітності або на початку пологів. При боковому та крайовому передлежанні плаценти кровотеча виникає на початку пологів та під час пологів. Термін появи кровотечі та її сила залежить від величини передлеглої ділянки плаценти та типу передлежання.

Діагностика

1. Зібрати анамнез: детальне опитування вагітної з метою виявлення факторів ризику, що могли б призвести до аномалії розташування плаценти.
2. Оцінити клінічні прояви : маткові кровотечі, що повторюються, не супроводжується болем та підвищеним тонусом матки.
3. Провести зовнішнє акушерське обстеження та діагностувати високе розташування передлеглої частини плода:
 - аускультативно в ділянці нижнього сегменту вислуховується шум плацентарних судин.
4. Огляд шийки матки і піхви в дзеркалах в умовах розгорнутої операційної дозволяє виключити інші джерела кровотечі (розрив варикозних вузлів піхви , псевдоерозію і рак шийки матки).
5. Піхвове обстеження виключно в умовах розгорнутої операційної, з підключеною крапельницею:
 - при закритій шийці матки через склепіння пальпується тістуватість та пастозність тканин, пульсація судин;
 - високе стояння передлеглої частини і неможливість її пропальпувати.

6.Ультразвукове дослідження має високу інформативну цінність у визначенні локалізації плаценти та виду передлежання.

▪ *Акушерська тактика*

1. Оцінити стан пацієнтки (скарги, колір шкірних покривів, видимих слизових, виміряти А/Т, підрахувати частоту пульсу, крововтрату).
2. Поставити передбачувальний діагноз.
3. Викликати машину екстреної медичної допомоги, повідомити діагноз, групу крові та резус- фактор.
4. негайно підключити чергову крапельницю з кровозамінником 0,9% ізотонічним розчином хлориду натрію.
5. Ввести кровоспинні препарати: дицинон 12,5% - 2мл або транексамову кислоту чи амінокапронову кислоту 5% - 100 мл.
6. Контроль пелюшки.
7. Термінова госпіталізація машиною «екстреної медичної допомоги» в акушерський стаціонар на ношах з підключеною крапельницею в горизонтальному положенні з піднятою верхньою частиною тулуба.
8. У стаціонарі при прогресуючій кровотечі більше 250 мл –кесарів розтин незалежно від терміну вагітності .
- 9.Повне передлежання плаценти є абсолютним показанням для кесаревого розтину .

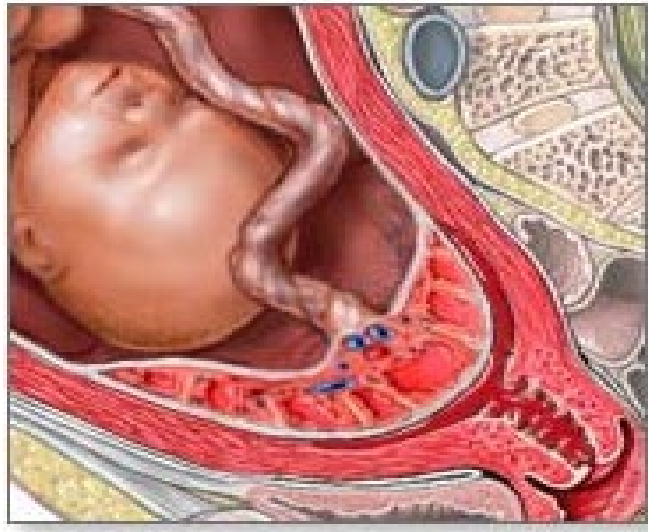


Рис.5 Центральне передлежання плаценти

Невідкладна допомога у разі маткової кровотечі при передчасному відшаруванні нормально розташованої плаценти

Передчасне відшарування нормально розташованої плаценти - це відшарування плаценти, розташованої поза нижнім сегментом матки під час вагітності або у I-II періодах пологів.

Клінічна картина

Основними симптомами є внутрішня та зовнішня кровотеча, біль. Загальний стан погіршується, А/Т знижується, виникають тахікардія, слабкість, шкіра та видимі слизові оболонки бліді. Визначається асиметрія, напруження, гіпертонус матки, болючість під час пальпації, розвивається дистрес плода, а при тяжкій формі смерть плода.

Діагностика:

- враховувати дані акушерсько-гінекологічного анамнезу (фізична, психічна травма, коротка пуповина та інше);
- клінічну картину та ультразвукове дослідження.

▪ ***Акушерська тактика***

1. Оцінити стан хворої (скарги, колір шкірних покривів, видимих слизових,

- виміряти А/Т, підрахувати частоту пульсу, крововтрата).
2. Поставити передбачувальний діагноз.
 3. Викликати машину «екстреної медичної допомоги», повідомити діагноз, групу крові та резус- фактор.
 4. Негайно підключити чергову крапельницю з кровозамінником 0,9% -500мл ізотонічним розчином хлориду натрію.
 5. Ввести кровоспинні препарати: транексамову кислоту 1 грам, дицинон 12,5% - 2мл тощо.
 6. Провести протишокову терапію.
 7. Контроль пелюшки.
 8. Терміново госпіталізувати пацієнтку машиною екстреної медичної допомоги в горизонтальному положенні з підключеною крапельницею в акушерський стаціонар.

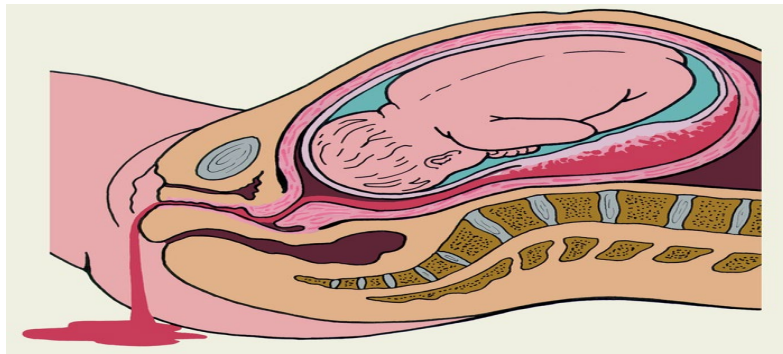


Рис.6 Передчасне відшарування нормально розташованої плаценти

Невідкладна допомога при загрозі розриву матки

Розрив матки – це порушення цілісності стінки її тіла у будь-якому відділі під час вагітності або пологів у результаті морфологічних змін міометрію, механічної перешкоди народженню плода та інше.

Клінічна картина загрожуючого розриву матки: надмірна пологова діяльність, різко болючі перейми, неспокій роділлі, болючість при пальпації у нижньому сегменті матки, набряк зовнішніх статевих органів, матка у вигляді пісочного годинника, погіршення стану плода тощо.

Акушерська тактика

1. Оцінити стан пацієнтки (скарги, колір шкіри і видимих слизових, підрахувати пульс, виміряти А/Т, вислухати серцебиття плода);
2. поставити передбачувальний діагноз;
3. негайно викликати бригаду екстреної медичної допомоги, повідомити діагноз, групу крові, резус-фактор;
4. хвора не транспортабельна, положити на лівий бік;
5. підключити чергову крапельницю з кровозамінником;
6. припинити пологову діяльність, дати фторотановий наркоз або провести нейролептоаналгезію (сібазон 0,5% - 2 мл, дроперидол 0,25% - 2 мл, промедол 1% - 1 мл, димедрол 1% - 2 мл), призначити спазмолітики, анальгетики, токолітики;
7. протишокова терапія;
8. залежно від акушерської ситуації розродження - при живому плоді і наявності умов можливий кесарів розтин, при мертвому плоді - плодоруйнівна операція.

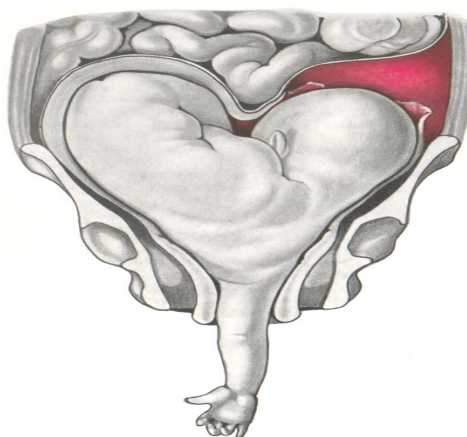


Рис.7 Задавлене поперечне положення плода

Невідкладна допомога при кровотечі у послідовому періоді

Причини виникнення к кровотеч у третьому періоді пологів: патологія прикріплення плаценти (часткове щільне прикріплення чи прирощення плаценти), защемлення плаценти тощо. Величина крововтрати залежить від

виду порушення прикріплення плаценти: повного чи часткового прикріплення або прирощення плаценти. У нормі ворсини проникають у функціональний шар ендометрія.

Щільне прикріплення плаценти - ворсини хоріона проникають у базальний шар ендометрія.

Прирощення плаценти - ворсини хоріона проникають за межі базального шару ендометрія, проростають у м'язовий шар або навіть у серозний.

Проростання плаценти - ворсини хоріона проростають через всі шари матки.

Причиною щільного прикріплення або прирощення плаценти є :

- перенесені запальні процеси (метроендометрити);
- післяопераційні рубці на стінці матки;
- підслизові міоматозні вузли;
- вади розвитку матки та інше.

Клінічні прояви часткового щільного прикріплення (прирощення) плаценти:

- ознаки відшарування плаценти- негативні;
- почалась кровотеча.

Клінічні прояви повного щільного прикріплення (прирощення) плаценти:

- ознаки відшарування плаценти – негативні;
- кровотечі немає.

Клінічні прояви защемлення плаценти:

- ознаки відшарування плаценти - позитивні;
- починається маткова кровотеча.

Акушерська тактика

1. Оцінити стан роділлі (скарги, колір шкіри та видимих слизових, виміряти АТ, підрахувати пульс, уточнити крововтрату та інше).

2. Поставити передбачувальний діагноз.
3. Терміново викликати чергового лікаря.
4. Підключити чергову крапельницю з кровозамінником 0,9% - 500мл фізрозчину.
5. Спорожнити сечовий міхур.
6. Перевірити ознаки відділення плаценти від стінки матки та якщо вони позитивні - виділити. При необхідності провести огляд пологових шляхів за допомогою широких піхвових дзеркал .
7. У разі защемлення посліду: зовнішніми прийомами видалити послід (Абуладзе, Гентера, Креде- Лазаревича).
8. При частковому прикріпленні плаценти терміново провести операцію «Ручне відокремлення плаценти та видалення посліду», притримуючись правил септики та антисептики. Операцію знеболити.
9. Ввести утеротонічні засоби- 10- 20 ОД окситоцину в/в на 0,9% -400 мл фізіологічного розчину в/в крапельно.
10. Контроль пелюшки.
11. За умови справжнього прирощення плаценти - лапаротомія, екстирпація матки без додатків.
12. Оцінити величину крововтрати та відновити величину ОЦК .

Невідкладна допомога при кровотечі у ранньому післяпологовому періоді

Причини кровотечі у ранньому післяпологовому періоді:

- гіпотонія або атонія матки;
- дефекти посліду (затримка в матці часток плаценти чи оболонки, додаткова долька);
- розриви м'яких тканин родового каналу;
- порушення згортання крові.

Для виявлення причин кровотечі оглянути родові шляхи та послід. При розривах м'яких тканин - зашити.

У випадку наявності дефекту плаценти або значної кількості оболонок зробити операцію «ручне обстеження порожнини мазки» для видалення частин посліду, що затримались.

Гіпотонія матки - стан, при якому знижується тонус мускулатури матки, її здатність до скорочення. Зустрічається у 2-5% випадків.

Атонія матки - повна втрата здатності матки до відновлення тону. Атонія матки зустрічається надзвичайно рідко. Гіпотонічна кровотеча виникає в перші 2 год. після пологів.

Причини гіпотонії матки:

- інфантилізм;
- переповнений сечовий міхур;
- крупний плід;
- надто молодий або старший вік породіллі;
- перерозтягнення матки (багатоводдя, багатоплідна вагітність,);
- надмірно швидкі пологи;
- інфекція у пологах;
- перенесені запальні процеси матки.

Клініка гіпотонічної маткової кровотечі:

1. проявляється сильною матковою кровотечею при відсутності розривів родового каналу та при цілому посліді;
2. кров, що витікає з матки, утворює згустки;
3. матка розслаблена, велика, але у відповідь на подразнення відповідає скороченням, часто повторно розслабляється;

4. швидко наростають ознаки крововтрати.

Кровотеча може бути 2-х видів:

- кровотеча розпочинається відразу після народження дитини, масивна(за декілька хвилин більше 1000мл). Матка залишається гіпотонічною, швидко розвивається геморагічний шок;
- кровотеча розвивається після скорочення матки, кров виділяється невеликими порціями, крововтрата збільшується поступово. Характерно чергування гіпотонії матки з відновленням тонуусу, зупиненням та відновленням кровотечі.

Покрокова допомога в разі виникнення маткової кровотечі у ранньому післяпологовому періоді

1. *Визначення об'єму крововтрати.* Найбільш доцільним є оцінка крововтрати за допомогою зважування.

2. *Покликати на допомогу персонал.* У кожному ЗОЗ має бути локальний протокол, який визначає дії кожного члена команди в разі ургентного стану «Післяпологова кровотеча».

3. У разі збереження свідомості жінки- надання психологічної підтримки- пояснення стану та маніпуляцій, що проводяться.

4. *ABC– діагностика:*

а) оцінка стану дихальних шляхів (A);

б) дихання (B);

в) штучна підтримка кровообігу (C).

У разі відсутності дихання, пульсу на центральних артеріях - починати серцево-легенево-церебральну реанімацію за сучасним алгоритмом САВ, де

A - відновлення прохідності дихальних шляхів:

- очищення порожнини рота від патологічного вмісту, видалення з'ємних зубів;

- закидання голови, висування нижньої щелепи, відкривання рота;

-повітровод, ларингомаска, інтубація трахеї ; трахеостомія.

В - штучна вентиляція легень:

- методом «рот до рота», мішком Амбу , респіратором;
- екстрена оксигенація 100% киснем;
- контроль АТ, пульсу

С - штучна підтримка кровообігу:

У разі відсутності пульсу починати кардіо-респіраторну реанімацію:

- непрямий масаж серця: частота компресії 100 в1 хв;
- відношення непрямий масаж серця - ШВЛ: = 30:2.

Правило 3-ох катетерів:

- забезпечення киснем(10-15 л/хв) ;
- катетеризація 2-ох периферичних або центральної вени;
- катетеризація сечового міхура;
- положення– на спині з піднятими нижніми кінцівками;
- забезпечення зігрівання породіллі ;
- терміново розпочати інфузійну терапію;
- клініко-лабораторне обстеження: група крові, Rh-фактор, загальний аналіз крові, коагулограма та інше;
- замовлення препаратів крові;
- встановлення причини кровотечі.

Оцінка тону мати

1. Якщо має місце порушення тону мати, то розпочати введення утеротоніків-окситоцин 10 ОД/500 мл фізіологічного розчину з швидкістю 60 крапель/ хвилину.

2. У разі продовження кровотечі -- ручне обстеження порожнини матки під внутрішньовенним знеболенням.
3. Огляд пологових шляхів та відновлення їх цілісності.
4. Провести зовнішній масаж матки.
5. Якщо кровотеча зупинилась, а потім знову почалась, то застосовують утеротоніки 2-ої та 3-ої лінії .
6. У разі продовження кровотечі проводиться бімануальна компресія матки

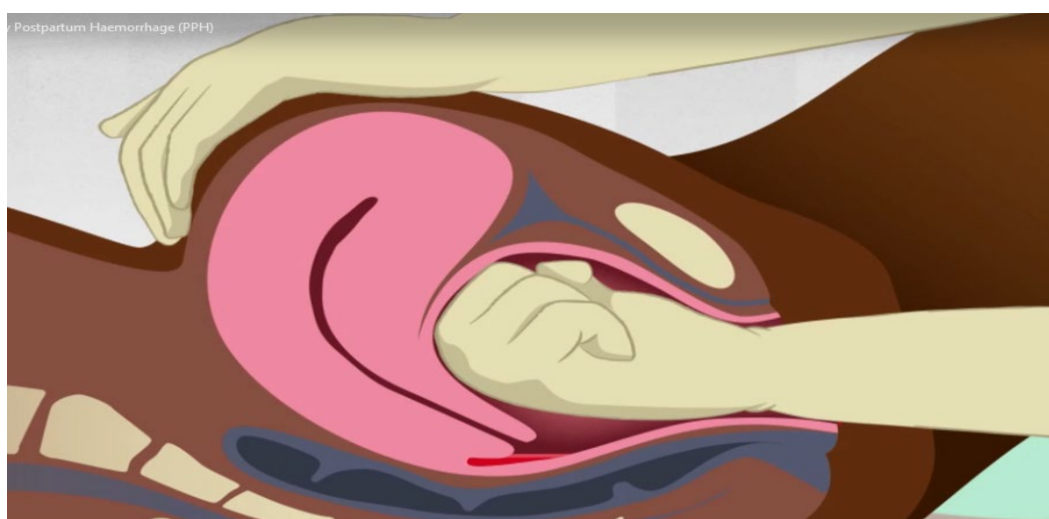


Рис.8 Бімануальна компресія матки

7. Балонна тампонада матки: балонний катетер заповнюють 70-300мл теплої сольової розчину до відчуття розпирання через живіт.

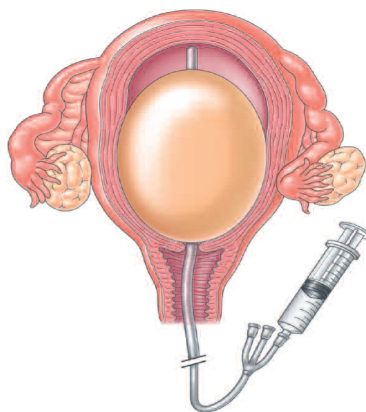


Рис. 9 Балонна тампонада матки

8. Застосування протишокових штанів.

9. Хірургічне лікування:

- компресійний шов на матку (шов Б-Лінча);
- білатеральна перев'язка маткових артерій;
- білатеральна перев'язка внутрішніх клубових артерій;
- гістеректомія.

Пуповинна кров-золотий стандарт, цінний подарунок природи

Після народження дитини і перетину пуповини в ній залишається до 150 мл. пуповинної крові. Саме пуповинна кров, завдяки наявності в ній стовбурових клітин, є цінним матеріалом для лікування безлічі захворювань. Раніше пуповинну кров утилізували відразу після пологів, сьогодні лікарі та вчені закликають її зберігати, щоб сім'ї мали власний запас унікального лікувального матеріалу для дитини та інших членів родини.

Термін «стовбура клітина» був уведений у біологію у 1908 році О.О.Максимовим, який досліджував процеси кровотворення. Дослідження стовбурових клітин людини розпочалося в 1960 році канадськими ученими Ернестом Мак Кулохом та Джеймсом Тіллом. Це група недиференційованих клітин, які можуть підтримувати власну популяцію завдяки проліферації, а також унікальній здатності до створення клітин зі специфічними функціями. У процесі внутрішньоутробного розвитку плода стовбурові клітини перетворюються в клітини органів і тканин, створюючи кістки, серце, печінку, легені тощо. Ці ж клітини містяться в організмі людини на всіх етапах її життя. Потенціал стовбурових клітин—це можливість їхнього перетворення на диференційовані типи клітин.

В останні роки майбутнім матерям пропонують ультрамодну послугу – зберегти пуповинну кров новонародженого, яка в майбутньому захистить від багатьох хвороб. Операція з пересадки стовбурових клітин чи так звана

трансплантація кісткового мозку вже понад 20 років є «золотим стандартом» у лікуванні лейкозів. На сьогоднішній день стовбурові клітини пуповинної крові та пуповини успішно використовуються в лікуванні багатьох тяжких захворювань. Крім хвороб крові, стовбурові клітини використовують у лікуванні цукрового діабету, ДЦП, вад зору та слуху, цирозу печінки, розсіяного склерозу, інсульту, хвороб серцево-судинної системи та ін. Ймовірність знайти сумісний зразок кісткового мозку складає від 1: 1 000 до 1: 1 000 000. Пуповинна кров містить в 10 разів більше гемопоетичних стовбурових клітин, ніж кістковий мозок та на 100% підходить дитині. Першу трансплантацію пуповинної крові було виконано у Франції в 1988 році. Перший банк пуповинної крові було створено в 1992 році в США, зараз їх в світі понад 400.

В США, Мексиці, Іспанії, Португалії, Хорватії, Польщі, Китаї, Японії уряд виділяє кошти на збереження пуповинної крові.

Ймовірність використання пуповинної крові

Якщо вважати, що показання до трансплантації стовбурових клітин не розширяться і не зросте захворюваність на рак, то ймовірність захворіти на хворобу, в лікуванні якої застосовуються стовбурові клітини, складає 15%.

Вартість донорського кісткового мозку складає 40000 євро, якщо буде знайдено сумісного донора, імунологічно сумісний зразок пуповинної крові з-за кордону може обійтися в 20000євро. Зберігання ж власної пуповинної крові, навіть протягом 60 років, включаючи вартість послуг по організації збору пуповинної крові у вибраному пологовому будинку, транспортування, обробку, дослідження, кріоконсервування, обходиться як мінімум в 20 разів дешевше. При необхідності, зразок пуповинної крові буде виданий за першою вимогою, а пошук донорського кісткового мозку триває місяці, а інколи й роки.

Пуповинна кров – не лише цінний дарунок природи, але й досить дорогий біоматеріал, тому варто подбати про гарантії його належного зберігання. Висока ймовірність, що пуповинна кров не знадобиться пацієнту, але медицину майбутнього пов'язують з генною інженерією та культивуванням

органів. Для реалізації всіх цих передових технологій потрібна сировина, якою є стовбурові клітини.

Основні завдання при збиранні пуповинної крові:

- отримання інформованої згоди породіллі;
- дотримання правил асептики і антисептики;
- забезпечення максимального обсягу крові з урахуванням акушерської ситуації.

Протипоказання до збору пуповинної крові є:

- акушерська ситуація, яка загрозна життю та здоров'ю матері і дитини;
- гострі інфекції під час пологів;
- відсутність підписаної інформованої згоди жінки.

Порядок зберігання комплекту для збирання пуповинної крові:

- зберігати в чистому сухому приміщенні, в захищеному від світла місці, при температурі від +10 ° С до +25 ° С і вологості не вище 65%;
- стерильну систему для збору пуповинної крові зберігати в боксі для зберігання стерильної системи;
- розкривати упаковку безпосередньо перед процедурою збору крові.

Не використовувати комплект для збирання пуповинної крові, якщо:

- порушена герметичність;
- розчин антикоагулянту в середині основного мішка не прозорий.

Комплект для збирання пуповинної складається з :

- транспортної сумки;
- термоконтейнера для зберігання стерильної системи для збирання пуповинної крові;
- холодоагента;
- стерильної системи для збору пуповинної крові;
- стерильних гумових рукавичок.

Заповнюється бланк супровідного талона та бланк інформованої угоди.

Крок 1. Підготовка системи для збирання крові

- А) Коли роділля поступає у пологовий зал, то необхідно перевірити комплектацію комплекту для збирання пуповинної крові.
- Б) Помістити холодоагент у холодильник (не в морозильну камеру).
- В) Візуально перевірити:
- герметичність системи;
 - прозорість розчину антикоагулянту усередині основного мішка системи.
- Г) За 10 хв. до передбачуваного моменту народження дитини розкрити комплект, заповнити кульковою ручкою етикетку стерильної системи вказавши:
- П.І.П. породіллі;
 - дату забору пуповинної крові;
 - назву родопомічної установи;
 - П.І.П. мед. персоналу, що проводить забір крові.
- Д) За 10 хв. до передбачуваного моменту народження дитини на донорській трубі трансфузійної системи зав'язати 2 вузли: перший - на відстані 15 см від основного мішка, другий - через 5 см після першого.

Крок 2. Підготовка місця венепункції

Підготовка місця венепункції здійснюється негайно після народження дитини, стискання і перетину пуповини до або після народження плаценти.

- А. Обов'язкове дотримання правил асептики і антисептики, провести зміну стерильних рукавичок.
- Б. Визначити місце венепункції на материнській частині пуповини.
- В. Провести хірургічну обробку передбачуваного місця венепункції .

Крок 3. Збирання пуповинної крові

- А. Відкрити аспіраційну голку системи для збору пуповинної крові. Відразу, не пізніше ніж через 30 сек після перетину пуповини, провести венепункцію.
- Б. Забезпечити надходження пуповинної крові самопливом:
- розташувати стерильну систему для збирання крові на горизонтальній поверхні на 50-80 см нижче рівня плаценти;

- в разі стрімкого виділення плаценти, підняти її двома руками плодовою поверхнею вниз вище рівня системи для збирання крові.
- В. Отриману кров періодично (кожні 30-40 сек) обережно перемішувати з антикоагулянтом.
- Г. Якщо крові поступає мало, то необхідно:
- провести обробку дезінфікувальним розчином відрізка пуповини ближче до плаценти;
 - провести повторну венепункцію, вище попередньої.
- Д. Якщо пуповинна кров перестала поступати в систему, то припинити процедуру.
- Є. Витягнути голку з вени і утримувати вище стерильною системи. Перемістити кров з трубки в систему для збору пуповинної крові з антикоагулянтом, не допускаючи попадання в неї повітря.
- Ж. Підкрутити вузли на трубках і відрізати голку. Під час процедури для запобігання коагуляції обов'язково перемішувати кров з антикоагулянтом
- З. Перевірити герметичність системи із зібраною пуповинною кров'ю.

Крок 4. Підготовка до транспортування.

- А. Помістити в термоконтейнер із холодоагрегатом систему із зібраною пуповинною кров'ю. Вказати час збирання крові .
- Б. Заповнити всі графи супровідного талона (П.І.П. породіллі написати друкованими літерами) і вкласти у файл. У разі народження близнюків обов'язково вказати «дитина І» або «дитина ІІ» і інше.
- В. Супровідну документацію для запобігання забруднення кров'ю помістити під кришку транспортної сумки (не в термоконтейнер для зберігання стерильної системи).
- Г. Повідомити про факт забору пуповинної крові по телефону консультанту «Гемафонду», який прикріплений до даного пологового будинку або черговому офіс-менеджеру.
- Д. Передати представникові банку крові транспортну сумку з термоконтейнером з кров'ю і заповненим супровідним талоном. Зафіксувати

факт прийому-передачі в супровідному талоні підписами сторін. При зберіганні і транспортуванні пуповинної крові не допускати різких перепадів температури .

Можливість збереження стовбурових клітин пуповинної крові отримана завдяки відкриттю вченими технології тривалого зберігання біоматеріалу в рідкому азоті. Доведено, що в умовах температурного режиму-196 °С (це природна незмінна температура рідкого азоту) пуповинну кров можна зберігати нескінченно довго без втрати її біологічних властивостей. У нашій країні стовбурові клітини зберігаються в українському сімейному банку пуповинної крові «Гемафонд».

Тестові завдання

1. Пацієнтка скаржиться на затримку місячних на протязі 7 тижнів, переймоподібний інтенсивний біль унизу живота, значну кровотечу. При вагінальному дослідженні виявлено, що канал шийки матки розкритий, у ньому визначається плідне яйце, нижній полюс якого виходить у піхву. Який діагноз найбільш імовірний?
 - A. Повний аборт ;
 - B. Загроза аборту ;
 - C. Аборт, що розпочався ;
 - D. Аборт у ходу;
 - E. Неповний аборт .
2. На ФАП звернулась 25 річна жінка, яка скаржиться на затримку місячних на 2 місяці та кров'янисті виділення з піхви. В анамнезі 2 пологів. Дані гінекологічного обстеження: шийка “бочкоподібна”, матка в anteflexio, тіло матки маленьке, не болоче, зовнішнє вічко пропускає кінчик пальця. Додатки не палькуються. Виділення кров'янисті, рясні. Який найбільш імовірний діагноз?

- A. Аборт у розпалі;
- B. Ерозія шийки матки;
- C. Шийкова вагітність;
- D. Рак шийки матки;
- E. Порушення менструального циклу.

3. До вас звернулася вагітна в терміні вагітності 8 тижнів зі скаргами на переймоподібний біль унизу живота та значні кров'яністі виділення з піхви після фізичного навантаження. Який найбільш ймовірний метод лікування у цій ситуації ?

- A. Госпіталізувати в гінекологічне відділення для проведення операції « вишкрібання стінок порожнини матки»;
- B. Введення утеротоніків;
- C. Введення спазмолітиків;
- D. Накладання швів на шийку матки;
- E. Холод на низ живота.

4. Вас викликали до пацієнтки 23 років. Термін вагітності 18 тижнів. Вона скаржиться на ниючий біль унизу живота. Пальпується підвищений тонус матки. Ваш діагноз ?

- A. Повний аборт;
- B. Неповний аборт;
- C. Завмерла вагітність;
- D. Аборт у ходу;
- E. Загрозувальний аборт.

5. Встановіть діагноз у пацієнтки 20 років, яка скаржиться на затримку місячних протягом 3 тижнів, переймоподібний біль унизу живота та кров'яністі виділення. При вагінальному обстеженні виявлено, що зовнішнє вічко шийки матки закрито:

- A. Повний аборт;
 - B. Загроза аборту;
 - C. Неповний аборт;
 - D. Аборт у ходу;
 - E. Загрозувальний аборт.
6. До пологового будинку доставлено вагітну з кровотечею із статевих органів. Діагноз: вагітність 38-39 тижнів. Центральне передлежання плаценти. Який метод розродження при цій ситуації?
- A. Провести кесаревий розтин;
 - B. Провести тампонаду піхви ;
 - C. Провести видалення матки;
 - D. Призначити утеротоніки;
 - E. Рекомендувати постільний режим.
7. Під час пологів у медичному транспорті у роділлі із вузьким тазом перейми стали дуже сильні, болючі. Контракційне кільце на рівні пупка, косо розташоване. Нижній сегмент матки болючий при пальпації. Положення плода поздовжнє, голова притиснута до входу в таз. Серцебиття плода приглушене 170 уд. за хв. Яке ускладнення виникло у пологах?
- A. Розрив промежини;
 - B. Повний розрив матки;
 - C. Передчасне відшарування нормально розташованої плаценти;
 - D. Загроза розриву матки;
 - E. Центральне передлежання плаценти.
8. До вас звернулась вагітна 25 років.. Вагітність третя, 36 тижнів, в анамнезі гіпертонічна хвороба. При пальпації матка болюча в ділянці правого трубного кута, напружена. Положення плода поздовжнє, головне передлежання, серцебиття 170 уд. за хв. Яке акушерське ускладнення виникло у вагітної?

- A. Розрив матки;
- B. Крайове передлежання плаценти;
- C. Бокове передлежання плаценти;
- D. Центральне передлежання плаценти;
- E. Передчасне відшарування нормально розташованої плаценти.

9. До вас звернулась пацієнтка 20 років зі скаргами на болі внизу живота, поперековій області, значні кров'янисті виділення, зі згустками із статевих органів. Остання менструація 2 місяці тому. При піхвовому обстеженні виявлено, що матка збільшена до 8тижнів вагітності. В цервікальному каналі пальпується плідне яйце, додатки без особливостей, значні кров'янисті виділення. Яке ускладнення вагітності?

- A. Ювенільна кровотеча;
- B. Аборт в ходу;
- C. Гіпотонічна кровотеча;
- D. Позаматкова вагітність;
- E. Апоплексія яєчника.

10. Ви фельдшер ФАПУ. У роділлі перший період пологів. Передбачувальна маса плода 4500 г. Перейми різко болючі, матка у вигляді “піщаного годинника”, роділля занепокоєна. Тактика.

- A. Покласти холод на низ живота;
- B. Викликати родичів;
- C. Припинити пологову діяльність;
- D. Ввести кровоупинні ірепарати;
- E. Дати кисень.

11. У вагітної на тлі повного благополуччя з'явилися кров'янисті виділення з піхви, які не супроводжуються болем. Вагітність друга, термін – 30 тижнів. Ваша тактика?

- A. Ввести кровоспинні засоби;
- B. Виміряти АТ і пульс;
- C. Провести піхвове обстеження;
- D. Терміново госпіталізувати;
- E. Холод на низ живота.

12. У вагітної в 36 тижнів спостерігаються кров'яністі виділення із статевих шляхів, що з'явилися раптово вдома, вночі, серед повного спокою. Вкажіть першочерговий захід долікарської допомоги.

- A. Транспортувати в лікарню;
- A. Викликати машину «екстреної медичної допомоги»;
- B. Визначити групу крові та резус фактор;
- C. Повідомити родичів;
- D. Ввести в/в 5% розчин амінокапронової кислоти.

13. Ви прибули на виклик. Поставлений діагноз “аборт в ході”. Термін вагітності 8 Тижнів. Який метод лікування застосовують при “аборті в ході”?

- A. Накладання швів на шийку матки;
- B. Призначення утеротонічних засобів;
- C. Призначення спазмолітиків;
- D. Вискоблювання порожнини матки;
- E. Холод на низ живота.

14. В акушерський стаціонар доставлена пацієнтка, 35 років. У жінки повторна вагітність - 40 тижнів. Пологової діяльності немає, значна кровотеча із статевих шляхів, відкриття шийки матки 1 см, внутрішній зів закритий губчастою тканиною. Попередній діагноз?

- A. Шийкова вагітність;
- B. Крайове передлежання плаценти;
- C. Передчасне відшарування нормально розміщеної плаценти;

- D. Центральне передлежання плаценти;
- E. Гіпотонічна маткова кровотеча.

15. Виклик до вагітної 32 років.. Термін вагітності 37 тижнів. Скарги на переймоподібний біль у правій здухвинній ділянці, нудоту, неодноразове блювання. Язик при огляді сухий, PS – 100/хв. Ваша тактика?

- A. Ввести знеболювальні препарати;
- B. Госпіталізація в хірургічний стаціонар;
- C. Госпіталізація в акушерський стаціонар;
- D. Виміряти АТ;
- E. Госпіталізація в інфекційний стаціонар.

16. У гінекологічне відділення доставлена породілля, 26 років. На 5 добу після пологів почалась маткова кровотеча, яка склала 400 мл. Загальний стан породіллі погіршився: температура тіла - 36,7⁰С, пульс – 94/хв., АТ- 90/70 мм рт. ст. Матка болісна, дно її на рівні пупка. При піхвовому дослідженні: шийка матки розкрита до 4 см, за внутрішнім вічком визначається м'яка тканина, згустки крові. Яка подальша тактика?

- A. Інструментальна ревізія порожнини матки ;
- B. Ручне обстеження порожнини матки та видалення часток плаценти, що затримались;
- C. Ввести препарати, що скорочують матку;
- D. Зовнішній масаж матки після спорожнення сечового міхура;
- E. Надпівхова ампутація матки.

17. На ФАП звернулась повторновагітна в терміні 30 тижнів вагітності зі скаргами на значні кров'яністі виділення зі статевих шляхів, болі не турбують. Визначається високе стояння передлеглої частини плода над площиною входу в малий таз. Запідозрено передлежання плаценти. Яка подальша тактика?

- A. Амніоскопія;

- В. Госпіталізація в стаціонар у плановому порядку;
- С. Подальше спостереження в жіночій консультації;
- Д. Проведення піхвового дослідження в умовах жіночої консультації;
- Е. Термінова госпіталізація в акушерській стаціонар;

18. Вагітна М., 31-32 тижні вагітності, звернулась зі скаргами на появу безболісної кровотечі з статевих шляхів, яскраво- червоного кольору. Об'єктивно: блідість шкіри та видимих слизових оболонок, матка в нормотонусі. АТ- 100/60 мм рт.ст., Рс- 86/хв. Якій патології відповідає дана клінічна картина?

- А. Самовільний аборт;
- В. Передлежання плаценти;
- С. Загроза передчасних пологів;
- Д. Передчасне відшарування нормально розташованої плаценти;
- Е. Розрив матки.

19. Вас викликали до жінки з важким пізнім гестозом . Вагітність 35 тижнів, хвора бліда. Пацієнтка скаржиться на головокружіння, запаморочення, біль по лівому ребру матки, незначні кров'янисті виділення з піхви. Об'єктивно: пульс 110/хв, АТ- 160/100 мм рт.ст. .Матка в постійному тонусі, зліва ближче до трубного кута є болюче випинання. Серцебиття плода 180 уд. В 1хв. Діагноз.

- А. Часткове передчасне відшарування нормально розташованої плаценти;
- В. Почалися передчасні пологи;
- С. Розрив матки, що розпочався;
- Д. Загроза розриву матки;
- Е. Преєклампсія.

20. Яка тактика під час пологів при частковому передлежанні плаценти:

- А. Введення утеротоніків;

- В. Пальцеве розширення шийки;
- С. Амніотомія;
- Д. Фторотановий наркоз;
- Е. Епізіотомія.

21. На ФАП звернулась 35 річна жінка, яка скаржиться на затримку місячних на 2 місяці та кров'янисті виділення з піхви. В анамнезі 2 пологів та три штучних аборти. При гінекологічному обстеженні виявлено, що шийка "бочкоподібна", матка в anteflexio, тіло матки маленьке, не болюче, зовнішнє вічко пропускає кінчик пальця. Додатки не пальпуються. Виділення кров'янисті, рясні. Який найбільш імовірний діагноз?

- А. Аборт у ході;
- В. Ерозія шийки матки;
- С. Шийкова вагітність;
- Д. Рак шийки матки;
- Е. Порухення менструального циклу.

22. Вагітна М., 29-30 тижні вагітності, звернулась зі скаргами на появу безболісної кровотечі з статевих шляхів, яскраво червоного кольору. Об'єктивно: блідість шкіри та видимих слизових оболонок, матка в нормотонусі. АТ- 100/60 мм рт.ст., Рс- 86/хв. Якій патології відповідає дана клінічна картина?

- А. Самовільний аборт;
- В. Передлежання плаценти;
- С. Загроза передчасних пологів;
- Д. Передчасне відшарування нормально розташованої плаценти;
- Е. Розрив матки.

23. Першочергові дії на ФАПі при загрозі розриву матки:

- А. Стимуляція пологової діяльності;

- В. Негайно транспортувати вагітну в пологовий будинок;
- С. Проводити профілактику дистресу плода;
- Д. Терміново зняти пологову діяльність;
- Е. Зробити поворот плода на ніжку.

24. Яка фізіологічна крововтрата під час пологів?

- А. До 0,5% від маси тіла;
- В. До 2% від маси тіла;
- С. 350 мл;
- Д. 400мл;
- Е. 250 мл;

25. Машиною «екстреної медичної допомоги» транспортується першовагітна 28 років. Термін вагітності 22-23 тижнів. У жінки годину тому з'явилися слизові виділення із статевих шляхів та регулярні перейми по 10-15 сек. через 20-25 хвилин. Ваш діагноз?

- А. Вчасні пологи;
- В. Мимовільний викидень;
- С. Передчасні пологи;
- Д. Передчасне відшарування нормально розташованої плаценти;
- Е. Передлежання плаценти;

26. Роділля у II періоді пологів з вузьким тазом. Положення плода повздовжнє, голова притиснута до входу в таз. Серцебиття плода приглушене 180 уд/хв.. Перейми стали частими і болючими. Контракційне кільце на рівні пупка, розташоване косо. Нижній сегмент матки тонкий, болючий при пальпації. Яке ускладнення виникло у пологах?

- А. Загроза розриву матки;
- В. Передчасне відшарування нормально розташованої плаценти;
- С. Розрив матки, що стався;

- D. Розрив матки, що розпочався;
- E. Розрив шийки матки.

27. На ФАПі вагітна в терміні 36 тижнів поскаржилася на різкий головний біль, погіршення зору, біль у ділянці черевного сплетіння. Об'єктивно: артеріальний тиск – 180/110, 185/110 мм рт.ст., набряки нижніх кінцівок та передньої стінки живота.. Який препарат ви оберете для надання невідкладної допомоги вагітній?

- A. 16 мл 25% магнію сульфат ;
- B. 2 мл 50% анальгіну;
- C. 150 мг кокарбоксілази;
- D. 40 мг лазиксу;
- E. 2 мл 1% промедолу.

28. Фельдшер ФАПу веде пологи поза стаціонаром у роділлі 30 років з I ступенем звуження таза. Який симптом є діагностично значущим при клінічно вузькому тазі?

- A. Ознака Вастена, Цангемейстера;
- B. Кюстнера-Чукалова;
- C. Креде-Лазаревича;
- D. Альфельда;
- E. Клейна.

29. Фельдшера екстреної медичної допомоги викликали до пацієнтки 25 років, яка скаржиться на різкий біль у здухвинній ділянці ліворуч з ірадіацією у крижі, пряму кишку, запаморочення. Затримка місячних 5 тижнів. Ваш діагноз.

- A. Порушена позаматкова вагітність;
- B. Перекрут ніжки кісти;
- C. Запалення придатків матки;
- D. Апоплексія яєчника;
- E. Некроз фіброматозного вузла.

30. До вас звернулася пацієнтка 32 років. Скаржитися на безболісні кров'янисті виділення з статевих шляхів. Вагітність 32 тиж. Поставте попередній діагноз.

- A. Передчасні пологи;
- B. Передчасне відшарування нормально розташованої плаценти;
- C. Повне передлежання плаценти;
- D. Часткове передлежання плаценти;
- E. Шийково-перешийкова вагітність.

Клінічні ситуації

1. Пацієнтка 24 років скаржитися на гострий біль у лівій здухвинній ділянці з іррадіацією в пряму кишку, який виник раптово після статевого акту. Остання менструація була 5 тижнів тому. Із статевих шляхів – темні кров'янисті виділення в невеликій кількості. Позитивні симптоми подразнення очеревини зліва. На протязі чотирьох років страждає запаленням придатків матки. Лікувалася у гінекологічному відділенні, проходила санаторно-курортне лікування. Ваш діагноз.

2. До здоров'я звернулася пацієнтка зі скаргами на різкий біль внизу живота зліва, затримку менструації, запаморочення, нудоту, блювання. При огляді шкіра бліда АТ – 90/60 мм.рт.ст. Пульс частий слабого наповнення. Діагноз.

3. Доставлено пацієнтку 26 років у приймальне відділення із скаргами на раптовий біль у нижній частині живота, слабкість, втрату свідомості вдома. Попередньої менструації не було. Нв- 106 г/л, пульс – 120 уд/хв.; АТ – 80/50 мм рт. ст., виражені симптоми подразнення очеревини внизу справа. Діагноз .

4. До фельдшер ФАПУ звернулася 25 річна жінка, яка скаржитися на затримку місячних на 2 місяці та кров'янисті виділення з піхви. В анамнезі 2 родів. При гінекологічному дослідженні: шийка “бочкоподібна”, матка в anteflexio, тіло матки маленьке, не болюче, зовнішнє вічко пропускає кінчик пальця. Додатки

не пальпуються. Виділення кров'янисті, рясні. Який найбільш імовірний діагноз?

5. Встановіть діагноз у пацієнтки 20 років, яка поступила у гінекологічне відділення зі скаргами на затримку місячних протягом 3 тижнів, переймоподібний біль унизу живота та кров'янисті виділення із статевих шляхів. При вагінальному дослідженні: зовнішнє вічко шийки матки закрите. Діагноз. Тактика.

6. На ФАП звернулася пацієнтка 20 років зі скаргами на різкий біль унизу живота, що іррадіює у пряму кишку, крижі. Була короткочасна втрата свідомості. Об'єктивно: шкіра бліда, АТ 80/60 мм. рт. ст., пульс 91 уд/хв., затримка менструації 20 днів. Живіт різко болючий у нижніх відділах, симптом Щьоткіна-Блюмберга - позитивний. Який пріоритетний метод діагностики даної патології?

7. На ФАП звернулася 34 річна жінка зі скаргами на затримку менструації на 1,5 місяця і кров'янисті виділення з піхви. В анамнезі одні пологи. При гінекологічному обстеженні: шийка "бочкоподібна", матка в anteflexio, тіло матки маленьке. Шийка матки розміром з жіночий кулак, цервікальний канал пропускає палець. Придатки не пальпуються. Виділення кров'янисті, густі. Діагноз.

8. Швидка виїхала на виклик. Фельдшер діагностував "аборт у ходу" при терміні вагітності 8 тижнів. Який метод лікування застосують у гінекологічному відділенні?

9. Фельдшер швидкої допомоги приймає пологи у жінки 25 р. у медичному транспорті. У третьому періоді пологів, через 15 хвилин після народження дитини почалась незначна кровотеча. Ознаки відокремлення плаценти позитивні. Крововтрата 200 мл. Діагноз. Тактика.

10. У першородячої 26 років народилася жива дівчинка масою 3500 г,

довжиною 54 см. Через 10 хвилин при натисканні ребром долоні над лоном пуповина втягується в піхву. Яка ознака відокремлена плаценти була використана?

11. Фельдшер « екстреної медичної допомоги» , оцінюючи стан роділлі, яку транспортує, приймає рішення на активне ведення пологів. Відповідно отримує згоду роділлі. Коли за часом фельдшер повинен ввести внутрішньом`язово 10 ОД окситоцину ?

12. Вкажіть яка максимальна тривалість послідового періоду, якщо роділля 25 років народила живого доношеного хлопчика вагою 3600 г. Пройшло 15 хв. послідового періоду. Ознак відокремлення посліду немає.

13. У машині «екстреної медичної допомоги» народилася доношена дитина, почався III період пологів. Затискач, який фельдшер поклав на пуповину біля статевої щілини, опустився на 10 см. Діагноз. Тактика.

14. Фельдшер «екстреної медичної допомоги» приймає пологи у роділлі 25 р. у медичному транспорті. У третьому періоді пологів, через 15 хвилин після народження дитини, почалась незначна кровотеча. Ознаки відокремлення плаценти позитивні. Крововтрата 200 мл. Діагноз. Тактика.

15. Третій період пологів. Ознаки Кюстнера-Чукалова, Клейна, Альфельда-позитивні. Після потужування плацента не народжується. Акушерська тактика.

16. Акушерку ФАПу викликали до вагітної. Скарги на різкий біль у ділянці дна матки. Підозра на передчасне відшарування нормально розташованої плаценти. Вкажіть, яку допомогу необхідно надати.

17. До акушерського стаціонару поступила роділля на другі пологи .Термін вагітності 38 тижнів. Скаржиться на дуже болісні перейми, поведінка - збуджена. При огляді: нижній сегмент матки перерозтягнений, контракційне кільце на рівні пупка. Положення плода поперечне, голівка збоку матки, зліва. Серцебиття плода глухе 120 уд/хв. Яке ускладнення виникло у роділлі?

- 18.** До пологового будинку госпіталізують жінку з вагітністю 38 тижнів у зв'язку з пізнім гестозом. У приймальному відділенні, під час огляду, у вагітної почалися судоми. Діагноз. Тактика.
- 19.** На ФАП доставлена вагітна, 23 роки. Термін вагітності 32 тижні. Скаржиться на різкий біль у ділянці дна матки, який виник після фізичного навантаження. Підозра на передчасне відшарування нормально розташованої плаценти. Тактика.
- 20.** На ФАП звернулась першовагітна 26 років з приводу кров'яних виділень з міхурцями, які почались три днів тому. Термін вагітності за анамнестичними даними - 8 тижнів. Вагінальне обстеження: шийка конічної форми, зовнішній зів закритий. Матка відповідає 14 тижням вагітності, в ділянці придатків з обох сторін пальпуються пухлиноподібні утворення величиною 10x8 і 6x5 см. Діагноз. Тактика.

Методи визначення величини крововтрати в акушерстві

Маткова крововтрата при фізіологічних пологах - до 0,5% від маси тіла.

1. Метод Лібова

Об'єм крововтрати визначається методом зважування серветок, які просочені кров'ю

Об'єм крововтрати = $V/2 \times 15\%$ (при крововтраті менше 1000 мл)
або $\times 30\%$ (при крововтраті більше 1000 мл)

де V - вага серветок, 15% і 30% - величина помилки на навколоплодові води, дезрозчини.

2. Визначення об'єму крововтрати за шоківим індексом Альговера

ЧСС
Шоковий індекс =
АТс,

Де ЧСС- частота серцевих скорочень
АТ с - систолічний артеріальний тиск

У нормі індекс Альговера- менше за одиницю.

За величиною індексу можна зробити висновки про величину крововтрати.

Індекс Альговера	Об'єм крововтрати (у % від ОЦК)
0,8 та менше	10%
0,9-1,2	20%
1,3-1,4	30%
1,5 та більше	40%

Примітка: індекс Альговера не інформативний у хворих з гіпертонічною хворобою

3. Гравіметричний метод

1. Пелюшки, що просочилися кров'ю, зважити на терезах.
2. Відняти вагу сухих пелюшок.
3. Різниця становить вагу втраченої крові.
4. Перевести вагу в об'єм (100мл крові дорівнює 120грамів).

4. Визначення крововтрати за щільністю крові і гематокриту

Щільність крові, кг/мл	Гематокрит	Об'єм крововтрати, мл
1057-1054	44-40	До 500
1053-1050	38-32	1000
1049-1044	30-22	1500
Менше 1044	Менше 22	Більше 1500

ВИСНОВКИ

Виходячи із викликів сьогодення, епідемічної ситуації в державі та у зв'язку із збільшенням об'єму інформації, який необхідний для засвоєння та формування певних умінь та навичок, підготовлений репетиторіум. Він допоможе здобувачам освіти краще засвоїти матеріал. Пропонуються тести, клінічні завдання, які наближають до реальних акушерських ситуацій, підвищують рівень професійної майстерності, розвивають творчість, стимулюють активність, допомагають підготувати конкурентноспроможного, висококваліфікованого, компетентного фахівця.

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Акушерство і гінекологія (у 2-х книгах): підручник (за ред. Грищенко В.І., Щербини М.О.) //Книга I Акушерство. – К.: Медицина, 2017. – 422 с.; Книга II Гінекологія. – К.: Медицина, 2019. – 375 с.
2. Акушерство: підручник (за ред. Б.М. Венцковського, Г.К.Степанківської, В.П. Лакатоша). - К.: ВСВ Медицина, 2018. – 422 с.; Книга II Гінекологія. – К.: Медицина, 2019. – 648 с.
3. Гінекологія: підручник (за ред. Б.М. Венцковського, Г.К.Степанківської, М.Є Яроцького). - К.: ВСВ Медицина, 2018. – 422 с.
4. Допоміжні репродуктивні технології лікування безпліддя. Навчальний посібник. За аг. Ред.. проф.. Ф.В. Дахна, проф.. В.В. Камінського. – Київ, 2018. – 338 с.
5. Загальне акушерство: підручник / Камінський В.В., Радзінський В.С., Заболотнов В.О., Костін І.М.-К.: СІМ КОЛЬОРІВ, 2020.-920 с.